

有關受保護健康資訊的 保密通信的申請書

您可使用此表提出申請，要求 Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) 使用保密郵寄地址、電郵地址、或電話號碼向您傳達受保護健康資訊 (「PHI」)。如果您選擇不使用此表，請使用本表背面的郵寄地址、電郵地址、或傳真號碼，以書面形式將本表要求的所有資訊提交給 Blue Shield Promise。

您的申請將僅適用於 Blue Shield Promise 及其業務合作夥伴傳達的 PHI。如果您的申請無法合理地得到滿足，申請可能遭拒。如果您的申請已獲批，並且您隨後更改了地址，或者您的投保人身份識別號碼發生變化，您必須向 Blue Shield Promise 發送書面申請，重新提交新的保密通訊申請。您可透過向 Blue Shield Promise 發送書面申請，以撤銷保密通訊申請，相關郵寄地址、電郵地址、或傳真號碼見本表背面。

1. 申請 PHI 保密通信的個人：

姓名：

投保人 ID 號碼：

電話號碼：

出生日期：

電郵地址：

2. 本人要求 Blue Shield Promise 使用以下方式向本人傳達本人的 PHI：

保密郵寄地址：

保密電話號碼：

保密電郵地址：

3. 個人、未成年人的家長或個人代表的簽名：

簽名

日期

正楷姓名：

法定代表人或監護人

如果本表由個人或未成年人的家長以外的其他人簽署，如個人/法定代表人或監護人，您還必須提交相關文件，證明您具有代表該個人就其醫療保健/PHI 行事的合法授權。該等文件可能包括：

1. HIPAA 授權書；
2. 醫療保健授權委託書；
3. 監護權文書；或
4. 其他可證明您具有代表該個人行事的合法授權的有效文件。

代表人的姓名 (正楷書寫)：

與會員的關係：

提交的文件類型：

代表人的簽名：

您可透過以下任意選項將已填妥並簽字的表格交回給我們：

郵寄：Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,
Chico CA, 95927-2540

電郵：privacy@blueshieldca.com

傳真：1-800-201-9020

Blue Shield of California Promise Health Plan 司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

您可免費索取本文件的其他格式，例如：大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 (855) 905-3825 (TTY: 711)，服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。